



Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa: MAPA®-kouluttajien kokemuksia

Heikkinen, Emma

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa: MAPA®-kouluttajien
kokemuksia

Emma Heikkinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2017

Emma Heikkinen

Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa: MAPA®-kouluttajien kokemuksia

Vuosi 2017

Sivumäärä 30

Opinnäytetön tavoitteena oli kerätä MAPA®- (Management of Actual and Potential Aggression) kouluttajien kokemuksia haastavista asiakastilanteista, kuinka tilanteet alkoivat ja etenivät. Lisäksi haluttiin selvittää kouluttajien päätöksentekoon liittyviä tekijöitä näissä haastavissa tilanteissa.

Työterveyslaitoksen teettämän työolobarometrin mukaan (2008) 23% terveydenhuollon parissa työskentelevistä kertoi kohdanneensa vuoden aikana asiakkaiden taholta väkivaltaa tai sen uhkaa. Asiakaskunnan aggressiivinen käyttäytyminen ja väkivaltaisuus sen eri muotoineen, kuten uhkailu, voivat purkautua työntekijään. Aggressiivisuus ja väkivalta sen eri muotoineen ovat joissakin tapauksissa aiheuttaneet jopa hengenvaarallisia tilanteita. Niinpä työturvallisuus ja potilasturvallisuus ovat nousseet tapetille ja niiden tueksi on haettu mallia Isosta-Britanniasta. MAPA® on Crisis Prevention Institute inc. alaisena toimivaa henkilöstön koulutusta haastavien tilanteiden ennaltaehkäisyyn ja hallintaan niin, että asiakkaan yksilöllisyys tulee huomioiduksi, käytetään turvallisia ja laadunvarmistettuja menetelmiä huomioiden organisaatioiden käytäntö ja lainsäädäntö.

Opinnäytetyössä käytettävät kertomukset kerättiin teemahaastattelulla kahdelta kokeneelta MAPA®-kouluttajalta. Menetelmällisenä keinona käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, joka mahdollisti mahdollisimman elävien kertomusten keräämisen. Kertomukset kerättiin digitaaliseen muotoon ja litteroitiin, eli kirjoitettiin auki tekstimuotoon ja käsiteltiin sisällönanalyysimenetelmällä. Kertomusten digitaaliset tuotokset tuhottiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastatteluista etsittiin päätöksentekoon liittyvä teemoja, kuten mikä ohjasi kouluttajan päätöksentekoa haastavassa tilanteessa ja minkälaisia tunteita ja ajatuksia kouluttajalla itsellään tilanteessa, sen kehittyessä tai sen jälkeen oli. Kertomuksia käsitellessä huomiointiin erityisesti aineiston arkaluontoisuus ja salassapitovelvollisuus ja se, ettei kertomuksista voi tunnistaa osallisia.

MAPA®-kouluttajien kertomusten mukaan keskeisiksi tekijöiksi päätöksenteon taustalta nousi haastavan asiakastilanteen eskaloitumisen eli pahenemisen välttäminen, työturvallisuudesta ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen, yhteistyön luominen tilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen. Kouluttajien kertomuksissa henkilökunnan koulutus, kokemus ja erityisesti vuorovaikutustaitojen käyttö koettiin tärkeinä tekijöinä tilanteiden hallinnassa.

Opinnäytetyö tehtiin Suomen mapakeskuksen toimeksiannosta, ja sen kohdeyleisöä ovat MAPA®-kouluttajat ja -koulutettavat. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimus jossa haastatellaan suurempaa joukkoa MAPA®-kouluttajia, jolloin tulokset voisivat olla yleistettävissä. Lisäksi jatkotutkimusaiheena voisi olla myös asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksen toteutumisesta fyysisten interventioiden aikana.

Asiasanat: haastava asiakas ja turvallisuus, aggressiivisuus, MAPA®-koulutus ja -kouluttaja, päätöksenteko, vuorovaikutus, fyysinen rajoittaminen

Emma Heikkinen

Decision-making in challenging client situations: The experiences of MAPA®-instructors

Year	2017	Pages	30
------	------	-------	----

The aim of the thesis was to gather the MAPA® (Management of Actual and Potential Aggression) instructors' experiences of challenging client situations, how the situations began and progressed. Another aim was to find out about the decision-making factors of the trainers in these challenging situations.

According to the Work and Health Survey conducted by the Finnish Institute of Occupational Health (2008), 23% of people working in the health care sector reported that they had faced violence or threats from customers during the year. Aggravated behavior of the clients and violence in its various forms, such as intimidation, can be inflicted on the employee. Aggressiveness and violence in its various forms have in some cases even caused life-threatening situations. That is why occupational safety and patient safety have become a matter of discussion and they have been supported by a model from the United Kingdom. MAPA® is a personnel training program provided by the Crisis Prevention Institute inc. personnel training in that includes preventing and managing challenging situations so that customer individuality is taken into account, safe and quality-assured methods are used, taking into account organizational practices and legislation.

The reports used in the thesis were collected by theme interviews from two experienced MAPA® instructors. As a methodical tool, a qualitative research method was used that allowed the collection of the most lively reports. The stories were collected in digital format and read, written in open text format and processed using a content analysis method. The digital outputs of the stories were destroyed after the completion of the thesis. The themes related to the decision-making were sought from the interviews, such as guiding the trainer's decision-making in a challenging client situation and what kind of emotions and thoughts the instructor had in the situation as it developed or afterwards. When dealing with the reports, particular attention was paid to the sensitivity and confidentiality of the material and to the fact that the participants can not be identified from the reports.

According to MAPA® instructors' reports, key factors behind the decision-making process were; the escalation of a challenging client situation, occupational safety and patient safety, building a co-operative relationship in situation and restoring co-operation after the situation. In the instructors' reports staff training, experience, and especially the use of interaction skills were considered important factors in managing these situations.

The thesis was commissioned by the Finnish mapacenter and its target audience are MAPA® instructors and educated students. From the follow up-point of view there could be a research where a larger group of MAPA® instructors could be interviewed so the results would be generalized. Also more research could be done to investigate clients point of view about the interaction during physical restraining.

Keywords: challenging client and safety, aggressiveness, MAPA®-instruction and -instructor, decision-making, interaction, physical restraining

Sisällys

1	Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus	6
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja teoreettiset lähtökohdat	6
2.1	Haastava asiakas hoitotyössä.....	6
2.2	Turvallisuus hoitotyössä.....	7
2.3	Aggressiivisuus ja väkivalta.....	8
2.4	Potilasturvallisuus.....	9
2.5	MAPA®-koulutus	10
2.6	MAPA®-kouluttajat.....	11
2.7	MAPA®-menetelmät	11
2.7.1	Vuorovaikutukselliset menetelmät	12
2.7.2	Fyysiset interventiot	13
2.7.3	Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa	14
2.7.4	Vuorovaikutus fyysisten interventioiden aikana	15
3	Aineiston keruu.....	16
3.1	Tutkimusmenetelmä.....	16
3.2	Tiedonantajien valinta	17
3.3	Teemahaastattelu.....	17
3.4	Aineiston käsittely ja analysointi.....	19
4	Tulosten yhteenveto.....	20
4.1	Asiakastilanteen eskaloitumisen välttäminen.....	22
4.2	Työ- ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen.....	23
4.3	Vuorovaikutustaitojen käyttö	25
4.4	Yhteistyön luominen asiakastilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen.....	25
5	Pohdinta	26
5.1	Tulosten tarkastelu	26
5.2	Työn luotettavuus ja eettisyys.....	27
5.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet.....	28
	Lähteet	29

1 Opinnäytetyön tausta ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena on kerätä MAPA® (Management of Actual or Potential Aggression) -kouluttajien kokemuksia haastavista asiakastilanteista. Näistä kerätyistä kokemuksista halutaan selvittää kuinka haastava asiakastilanne alkoi ja eteni, minkälaisiin ratkaisuihin kouluttaja tilanteessa päätyi ja mihin kouluttajan päätöksenteko tällöin perustui. Näistä kertomuksista on tarkoitus koota kuvauksia haastavista asiakastilanteista, ja näitä voidaan käyttää osana MAPA®-koulutuksen vaikuttavuuden arviointia ja niihin voidaan liittää päätöksentekoa ohjaavia kysymyksiä.

Valitsin tämän opinnäytetyöni aiheeksi koska olen kiinnostunut syventämään teoriatietoa aiheesta, itse MAPA®-koulutuksesta ja haastavien asiakkaiden parissa työskentelystä. Omaan näkökulmaa työn tekemiseen tuo myös se, että olen työskennellyt haastavaksi käsitettävien asiakkaiden parissa psykiatrisessa hoitotyössä usean vuoden ajan, joten halusin syventää myös ammatillista osaamistani. Lisäksi aiheen valintaa ohjasi kiinnostus MAPA®-koulutukseen eikä poissuljettua ole ajatus hakeutua MAPA®-kouluttajakoulutukseen tulevaisuudessa.

Tutkimuskysymyksenä työssäni on: Mitkä tekijät ohjaavat MAPA®-kouluttajan päätöksentekoa haastavassa asiakastilanteessa?

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja teoreettiset lähtökohdat

Opinnäytetyöni keskeisiä käsitteitä ovat haastava asiakas ja turvallisuus, aggressiivisuus, MAPA®-koulutus ja -kouluttaja, päätöksenteko, vuorovaikutus sekä fyysinen rajoittaminen.

2.1 Haastava asiakas hoitotyössä

Hoitoalalla käsitellään usein henkilökohtaisia asioita, jolloin asiakkaan pettymys ja turhautuminen voivat kohdistua työntekijää kohtaan huonona käyttäytymisenä, kuten erilaisina uhka- ja väkivaltatilanteina (Työterveyslaitos, 2010). Työssä koetaan aikaisempaa enemmän turvatomuutta muuttuvan yhteiskunnan keskellä ja työväkivalta sen eri muotoineen on lisääntynyt. Kuitenkaan yksittäistä selittävää työturvallisuuden heikkenemiselle ei ole löydettävissä, sillä kysymyksessä on monien eri tekijöiden kehitysketju. Haastavasti käyttäytyvän asiakkaan voi kohdata nykyään yhä useampi ammattiryhmä, ja käytännössä missä ja milloin tahansa voidaan kohdata henkilöitä, jotka käyttäytyvät tai uhkaavat käyttäytyä väkivaltaisesti. (Rantaeskola, Hyyti, Kauppila & Koskelainen 2014, 3-4, 8.)

Työterveyslaitoksen vuonna 2008 teettämän työolobarometriin liittyvän kyselyn mukaan noin 23 prosenttia terveydenhuollon parissa työskentelevistä kertoi kohdanneensa vuoden aikana

asiakkaiden taholta väkivaltaa tai sen uhkaa. Eniten väkivaltaisista ja uhkaavista tilanteista tapahtuu sairaaloissa ja vanhainkodeissa, useimmiten tilanteiden kohteeksi joutuu mies kuin nainen. Alla käsitellään hoitoalalla usein kohdattavia haastavan asiakkaan käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä, eli aggressiivisuutta ja väkivaltakäyttäytymistä.

2.2 Turvallisuus hoitotyössä

Rantaeskolan ym. (2014, 37) mukaan haastavien tilanteiden ja asiakkaiden kohtaamista ja ratkaisemista ei tule jättää työntekijöiden ja työryhmien vastuulle, sillä näiden kohtaamisessa kyseessä on työntekijöiden henkinen ja fyysinen työsuojelu ja täten työturvallisuus, eli myös työnantajaan kohdistuva lainsäädöllinen velvoite. Työturvallisuuslain (738/02) 27 pykälän mukaan työssä, jossa on suuri väkivallan uhka, tulee olla järjestettynä työolosuhteet niin, että väkivalta ja sen uhka ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Tämä sisältää rakenteellisten seikkojen huomiointia sekä muun muassa riittäviä hälytys- ja avunsaantijärjestelmiä. Laki edellyttää työntekijöiden turvallisuuden lisäksi myös muiden turvallisuuden huomioimisen, ja havaittujen turvallisuusepäkohtien raportoimisen työnantajalle ja työsuojeluvaltuutetulle.

Lehestö, Koivunen ja Jaakkola (2004, 99) toteavat, että kun ongelmatilanteisiin on varauduttu ennakolta, pystytään niitä paremmin ehkäisemään tai hoitamaan. Työturvallisuuden tärkein tekijä on ennakkoiva asenne sekä työyksikössä että yksilötasolla. Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirissä (HUS) on seurattu väkivaltatilanteiden raportointia vuodesta 2002, ja vuosien 2002-2009 välillä on raportoituja tilanteita ollut 1200-1600 tapausta vuodessa. Ilmoitetuista tilanteista noin neljässä syntyi työntekijälle jonkinasteisia vammoja fyysisen väkivallan seurauksena. HUSissa onkin laadittu turvallisuussuunnitelma, eli toimintamalli työpaikkaväkivallan ehkäisyyn ja kohtaamiseen, jonka tarkoituksena on määrittää koko sairaanhoidopiirin henkilöstöä koskevat toimintalinjat tavoitteena näin ennaltaehkäistä työpaikkaväkivaltaa ja lisätä työturvallisuutta. Turvallisuussuunnitelmassa käsitellään erilaisia toimenpiteitä väkivallan ehkäisyyn kuten muunmuassa riskienhallintaan eli tilanteisiin varautumista, niiden analysointia ja toiminnan suunnittelua, kuinka kollegaa tuetaan haastavissa tilanteissa, huolehditaan uusien työntekijöiden perehdyttämisestä, väkivaltatilanteiden esiintymisen systemaattinen seuraaminen sekä ohjeistuksen rakenteellisista ja teknisistä turvallisuusratkaisuista kuten tilojen turvallisuudesta, mitoituksista ja toimivuudesta. Lisäksi turvallisuussuunnitelma sisältää tietoa työntekijän oikeuksista ja vastuista kuten salassapitovelvollisuudesta ja ilmoittamismenettelystä sekä ohjeita kuinka toimia erilaisissa väkivaltatilanteissa kuten pom-miuksessa. Tärkeässä roolissa on työntekijöiden perehdyttäminen turvallisuusjärjestelmiin, menettelytapoihin ja turvallisuusohjeisiin, koska jokaisella on oikeus ja velvollisuus tehdä työnsä turvallisesti. (HUS 2010.)

2.3 Aggressiivisuus ja väkivalta

Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla työskenteleminen lisää riskiä joutua väkivallan kohteeksi. Tutkimuksen mukaan vuodelta 1997 noin 10 prosenttia työntekijöistä oli kokenut uhkailua ja fyysistä väkivaltaa. Määrä on kaksinkertainen verrattuna kaikkien ammattien keskitasoon. Useimmin väkivaltaa kohtaa psykiatrian yksiköissä, päivystysvastaanotoilla ja ensiapupoliklinikoilla, ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa. (Lehestö ym. 2004, 86.) Uhkailussa on tapahtunut selkeää nousua vuosien aikana joka käy ilmi Työterveyslaitoksen vuonna 2008 teettämän työolobarometrin mukaan, jolloin uhkailua ja fyysistä väkivaltaa oli kokenut 23 prosenttia työntekijöistä.

Psykologiassa aggressiolla voidaan tarkoittaa toisiin henkilöihin tai ympäristöön kohdistuvaa tahallista, vahingoittavaa tai häiritsevää käytöstä, ja se sisältää tunteet, ajatukset ja toiminnan. Aggressio muotoja on erilaisia: se voi olla fyysistä tai verbaalista ja suoraa tai epäsuoraa, jolloin suora ja epäsuora aggressio voi olla hyökkäävää tai uhkaavaa. (Viemerö 2006, 18.) Amnellin (1992) mukaan aggressioon liittyvät tunteet, esimerkiksi viha, raivo ja pelko. Se on biologinen voima, joka saa aikaan motorisia toimintoja.

Maailman terveysjärjestö WHO (2002) määrittelee väkivallan olevan fyysisen voiman tai vallan tahallista käyttöä tai sillä uhkaamista, joka kohdistuu ihmiseen itseensä, toiseen ihmiseen tai ihmisryhmään tai yhteisöön ja joka kohtaa tai joka hyvin todennäköisesti voi johtaa kuolemaan, fyysisen tai psyykkisen vamman syntymiseen, kehityksen häiriintymiseen tai perustarpeiden tyydyttymättä jättämiseen. Rantaeskolan ym. (2014, 6.) mukaan väkivallalla voidaan käsittää minkälaista hyökkäävää käyttäytymistä hyvänsä, jonka tarkoituksena on vahingoittaa toista osapuolta, ja se käsitetään yleensä tahalliseksi käyttäytymiseksi. Fyysisellä väkivallalla tarkoitetaan toista vastaan kohdistettua sellaisen voiman käyttöä, joka voi aiheuttaa fyysisen, seksuaalisen tai henkisen vamman, kuten lyömistä, potkimista, tönimistä, puristelua ja nipistelyä. Henkisellä väkivallalla voidaan tarkoittaa kaikenlaista muuta kuin fyysistä vallankäyttöä ja väkivaltaa mukaan lukien fyysisellä väkivallalla uhkaamisen. Henkinen väkivalta sisältää esimerkiksi sanallista loukkaamista, kiusaamista, häirintää tai uhkailua. Väkivaltainen käyttäytyminen voidaan jossain tapauksissa mieltää tahattomaksi teoksi, esimerkiksi dementoituneen vanhuksen tai mielenterveyden häiriöstä kärsivän henkilön käyttäytyessä aggressiivisesti ilman tietoista tarkoitusta toisen vahingoittamiseksi.

Kun asiakas tai potilas käyttäytyy aggressiivisesti tai väkivaltaisesti, tilanne on vuorovaikutustilanne, jossa on kaksi osapuolta. Tilanteessa on aina laukaisevia tekijöitä, jotka voivat johtua vuorovaikutuksessa tapahtuvista seikoista, työntekijästä tai henkilöstä itsestään. Aggressio voidaan käsittää ihmisen käyttövoimana, jonka turvin henkilö pyrkii saavuttamaan tasapainonsa, toisaalta se voi olla myös tapa päästä eroon mielenrauhaa järkyttävistä asioista, kuten

avuttomuuden tunteesta. Väkivaltaisesti käyttäytyvän henkilön keinot selviytyä erilaisista ongelmatilanteista ovat rajoittuneet ja kyky säädellä käyttäytymistä on puutteellinen. (Weizmann-Henelius 1997, 8-9.) Potilaan ominaispiirre, kuten psyykkinen oireilu ja persoonallisuuden piirre, voi johtaa haastavaan käyttäytymiseen, jolloin näihin oireisiin nopea reagointi ja hoito pienentää konfliktikäytöksen riskiä (Safewards 2017).

Olennaisin väkivaltaisen ja aggressiivisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyä edistävä toiminta on henkilökunnan perehdyttäminen ja kouluttautuminen. Koulutuksen järjestäminen on organisaation vastuulla. (HUS 2010, 8-9.) Useissa Suomen psykiatrisissa sairaaloissa käytössä oleva englannissa kehitetty ja implementoitu Safewards-malli antaa henkilökunnalle ja potilaille ideoita toimia yhdessä turvallisuuden edistämiseen, haastavien tilanteiden vähentämiseen ja ennaltaehkäisyyn. Näitä ideoita ovat muun muassa yhdessä fyysiseen ympäristöön liittyvien tekijöiden muokkaaminen, osaston yhteisten sääntöjen suunnittelu ja erilaisten rauhoittumiskeinojen käytön mahdollistaminen. (Safewards 2017.)

2.4 Potilasturvallisuus

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen mukaan, johon myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten eettiset ohjeet viittaavat, todetaan muun muassa että ”jokainen ihminen on itsessään arvokas ja oikeutettu moraalisesti arvokkaaseen kohteluun” ja että ”ammattihenkilö vastustaa väkivaltaa eikä suoranaisesti tai välillisesti tue sellaisia voimia, jotka sortavat kanssaihmissä ja käyttävät terroria, kidutusta tai muita fyysisesti tai psyykkisesti väkivaltaisia keinoja” (Jolkonen & Varjonen 2002, 42).

Suomen perustuslaki toimii pohjana muulle lainsäädännölle ja se käsittelee ja määrittelee muun muassa yksilön oikeuksia ja viranomaistahojen velvollisuuksia. Perustuslain mukaan ihmiset ovat lain edessä tasa-arvoisia yksilöitä sukupuolesta, iästä, alkuperästä, kielestä, uskonnosta, vakaumuksesta ja terveydentilasta huolimatta, eikä heitä tule asettaa eri asemaan näistä johtuen. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluita ohjaa usein oma lainsäädäntönsä, jossa määritellään esimerkiksi erikoisalan palveluiden toteuttamista ja potilaan tai asiakkaan hoitoon liittyviä asioita yksityiskohtaisemmin. Näitä lakeja ovat esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä mielenterveyslaki (1116/1990). (Lehestö ym. 2004, 44-45.)

Väkivaltaisuuden esiintyminen sosiaali- ja terveysalalla on synnyttänyt lisääntyvästi huolta sekä työ- että potilasturvallisuuden osa-alueilla, joten 2000-luvulta lähtien on Suomessa alettu järjestämään koulutusta hoitohenkilökunnalle tilanteiden kohtaamiseen. Hoitajien kouluttamisessa keskityttiin tuota ennen itsepuolustustaitojen opettamiseen ja kouluttajina toimivat järjestyksenpidon ja turvallisuusalan asiantuntijat. Rajoitustekniikat perustuivat kampailu- ja taistelulajeihin, kipuakin tuottavia menetelmiin, eikä aggressiivisen käyttäytymien

ennaltaehkäisemisen taitoja juuri opetettu. Hoitajien fyysisen väliintulon ja rajoittamisen tavat ovat olleet keskustelun ja tutkimuksen kohteena myös Isossa-Britanniassa joidenkin potilaiden menehtymisen vuoksi rajoitustoimien seurauksina. Hoitotyöhön kehitetty koulutusmalli, joka ohjaa enemmän huomiota ongelman ratkaisussa potilaan näkökulmaan, kehitettiin 1980-luvun lopulla, josta lisää alla. (Pilli 2009, 122-125.)

2.5 MAPA®-koulutus

MAPA®-koulutusmalli kehitettiin Birminghamissa Englannissa vuonna 1987 toimintansa aloittaneen oikeuspsykiatriasia palveluja tarjoavan Reaside-klinikan, Keelen yliopiston ja St. Edwar-din sairaalan yhteistyönä, perustajina neljä psykiatrista sairaanhoitajaa, Albert McHugh, Chris Stirling, Ian Wain sekä Mark West. Mallin arvoihin kuuluvat asiakkaan perusoikeuksien säilyminen, arvokkuus ja kunnioitus kohtaamisessa, yksilöllisyys, hyvän tekeminen, haittojen ja vaaran välttäminen, valinnanvapaus ja vaikutusmahdollisuus, samanarvoisuus sekä alentavan ja epäinhimillisen kohtelun välttäminen. (Pilli 2009, 125.)

Kellokosken sairaalassa Tuusulassa alettiin ensimmäisenä sairaalana Suomessa kouluttaa työntekijöitä haasteellisiin asiakastilanteisiin MAPA®-menetelmien käyttämiseen 2000-luvun alussa. Koulutuksen nimenä käytettiin tällöin Väkivallan Ennaltaehkäisy ja Turvallinen Hoitonimeä (VETH). Kouluttajien koulutus alkoi vuonna 2005 Laurean Ammattikorkeakoulun järjestämänä. Koulutukset organisoitiin alkuun yhteistyössä englantilaisen Positive Optionsin, myöhemmin CPI:n, kanssa. Tällä hetkellä Suomen mapa®keskus myös kouluttaa myös kouluttajia suomeksi organisaatioiden sisäisiksi kouluttajiksi, mutta mapa®keskuksella on yksinoikeudella lisenssi myydä koulutusta Suomessa. Menetelmä on laajalti käytössä etenkin psykiatrisessa sairaalahoidossa, mutta se on nykypäivänä levinnyt käytettäväksi menetelmäksi muun muassa erityisopetuksen ja lastensuojelun parissa työskenteleville. Koulutusta on kehitetty kuluneiden vuosien aikana ja CPI:n ostettua Positive Optionsin vuonna 2010, on se mahdollistanut koulutuksen kehittämisen entisestään. Koulutuksessa on nostettu suuremmalle sijalle ennaltaehkäisevä toiminta haastavissa asiakastilanteissa ja se perustuu CPI:n pitkään kehittämään non-violent interaction-mallin soveltamiseen MAPA®-interventioiden kanssa. Tähän perustuen koulutuksen tueksi on kehitetty työkirja, joka on saatavilla myös suomen kielellä, ja sen käytöllä voidaan varmistaa laadukas koulutus joka on kaikkialla samansisältöinen. MAPA®-koulutus on BILD (British Institute of Learning Disabilities) tunnustettu menetelmä eli englantilaisen poliittisesti ja taloudellisesti sitoutumattoman organisaation arviointikriteerit läpäissyt menetelmä haasteellisen käyttäytymisen hallintaan tarkoitetuille interventioille. (Crisis Prevention Institute & Suomen mapa®keskus, 2016.)

MAPA®-koulutus sisältää menetelmiä, joissa kohdataan asiakas empaattisesti ja kunnioittavasti pyrkimyksenä säilyttää ja palauttaa yhteistyösuhde, mikäli se on akuutissa tilanteessa

heikentynyt (Suomen mapa®keskus, 2016). MAPA®-ajattelussa aggressiivisen asiakkaan käyttäytymisen hoidollisen kohtaamisen tavoitteena on aina ennaltaehkäisy, jolloin keskiössä ovat henkilökunnan tiedot, taidot, asenteet ja mahdollisimman hoidollinen ympäristö. Näin asiakkaan aggression hallintaa tuetaan keskustelun, ympäristön rauhoittamisen ja tilan antamisen keinoin ja aggressiiviseen käyttäytymiseen puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Fyysinen väliintulo tehdään vasta kun muita keinoja on käytetty niissä onnistumatta tai kun asiakkaan käyttäytyminen on vahingollista itselleen tai muille. (Pilli 2009, 125.)

2.6 MAPA®-kouluttajat

MAPA®-kouluttajat ovat MAPA®-koulutuksen hyväksytysti läpikäyneitä sosiaali-, terveys- tai opetusalan ammattihenkilöitä, jotka usein kouluttavat oman työnsä ohessa. Kouluttajat ovat ammattilaisia, joilla on paljon käytännön kokemusta erilaisiin pakkotoimiin liittyen. Suomen mapa®keskuksen internet-sivujen mukaan kouluttaja voi käydä kolmen eri tason kouluttajakoulutusta. Kouluttaja toimii oman työpaikkansa kouluttajana ja käytäntöjen kehittäjänä. Näitä ovat MAPA®-kouluttajakoulutuksen perusteet, joka on viisipäiväinen koulutus sekä MAPA® Vaativien ja hätätilanteiden kouluttajakoulutus joka on viisipäiväinen jatkokoulutus perusteiden jälkeen käytäväksi koulutukseksi. Lisäksi Suomessa on toteutettu ensimmäistä kertaa vuonna 2016 MAPA® erityistason kouluttajakoulutus, joka on 15-20 päiväinen koulutus ja sallii myös koulutuksen myymisen Suomen mapa®-keskuksen kautta ulkopuolisille tahoille. (Suomen mapa®keskus 2016.)

2.7 MAPA®-menetelmät

Menetelmiä kuvatessa käytän opinnäytetyössäni termiä asiakas kuvaamaan henkilöä, johon menetelmiä kohdistetaan ja henkilökunta tai hoitaja kuvaamaan henkilöä tai henkilöitä, jotka menetelmiä käyttävät. Asiakkaan kohdatessa kriisin, voidaan tämän käyttäytymistä jakaa verbaaliseen ja fyysiseen muotoon, jolloin henkilökunnan tulee osata arvioida asiakkaan kriisitaso, johon hän perustaa käytettävät hoidolliset menetelmät tilanteen helpottamiseksi. Kriisin etenemiseen on CPI:n kehittämä malli, johon on kuvattu neljä käyttäytymistasoa ja henkilökunnan vastareaktiot. Mallin tarkoituksena on opastaa henkilökuntaa kehittämään positiivisia interventioita mihin tahansa kriisitilanteeseen ja auttaa pohtimaan asiakkaan käyttäytymistä jokaisella neljällä tasolla ja harkitsemaan asianmukaisia reaktioita ja asenteita. (MAPA®-osallistujan työkirja 2015, 49.)

Aggression tai väkivaltaisen käyttäytymisen kehittymisen taustalla olevia tekijöitä ovat ongelmallinen vuorovaikutussuhde tai vuorovaikutuksen puuttuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa ei voi koskaan olla varma, etteikö joutuisi kohtaamaan uhkaavaa tai väkivaltaista asiakasta ja henkilökunta vaikuttaa aina omilla toimintatavoillaan asiakkaiden käyttäytymiseen.

Tavallisimpia uhkatilanteita ovat erilaiset näkemyserot, ristiriidat ja erimielisyydet sekä rajoitukset ja kiellot, usein myös asiakkaan harhaisuus, sekavuus tai akuutti käytöshäiriö. Vuorovaikutustilanteissa keskeinen tekijä on viestintä, joka voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen viestintään. Nonverbaalisella viestinnällä on usein tärkeämpi merkitys kuin verbaalisella, koska eleillä, ilmeillä, asennoilla ja äänensävyllä on ratkaiseva vaikutus etenkin tilanteissa joissa asiakas on kiihtynyt. (Holmberg, Hirschovits, Kylmänen & Agge 2008, 272-274.) Aggression tai väkivaltaisen käyttäytymisen taustalla voi olla myös esimerkiksi dementoituneen asiakkaan käytöshäiriötä, kun tämä ei sairautensa vuoksi kykene kuvaamaan tunteitaan eikä kontrolloimaan käyttäytymistään (Koponen 2010). Pillin (2009) mukaan MAPA®-ajattelussa haastavissa asiakastilanteissa tavoitteena on aina niiden ennaltaehkäiseminen, jolloin keskiössä ovat henkilökunnan tiedot, taidot, asenteet sekä mahdollisimman hoidollinen ympäristö. Ajattelussa käytetään de-eskalaatiomallia, jolloin käytetään tietoisesti verbaalisia ja nonverbaalisia vuorovaikutustaitoja joilla pyritään kääntämään asiakkaan yltymässä olevan kiihtymyksen suunta tyyntymään. Näihin taitoihin kuuluvat neuvottelemineen, ongelmanratkaisu ja merkityksen hakeminen asiakkaan kiihtymykselle ja aggressiiviselle käyttäytymiselle asiakasta kuunnellen. Myös asiakkaan itsemääräämisen huomiointi antamalla mahdollisuus valita tilanteen turvallinen ratkaisuvaihtoehto kuuluu de-eskalaatiotaitoihin.

2.7.1 Vuorovaikutukselliset menetelmät

MAPA®-koulutuksen vuorovaikutuksellisiin menetelmiin kuuluu positiivisen käyttäytymisen tukeminen, jossa tiedostetaan asiakkaan ja hänen tukiverkostonsa osallistuminen hoitoon ja ymmärretään heidän vahvuutensa ja tarpeensa. Tällöin voidaan kehittää ja tarjota yksilöllistä tukea. Positiivisen käyttäytymisen tukeminen on näyttöön perustuva menetelmä jonka tavoitteena on varmistua siitä että ihmiset kohdataan arvokkaasti ja kunnioittavasti ja kaikessa toiminnassa turvataan ihmisoikeudet. Sen peruslähtökohtana on ymmärtää haastava käytös sosiaalisena käsitteenä ja tiedostaa, että käytös johtuu monista eri tekijöistä. Positiivisen käyttäytymisen tukeminen sisältää useita interventioita, jotka perustuvat neljään eri tukivaiheeseen. Ensisijaisessa interventiossa keskitytään tapoihin tukea asiakasta tehokkaasti, niin että asiakas voi elää täysipainoista itsenäistä elämää. Siihen kuuluu esimerkiksi haasteellista käyttäytymistä aiheuttavien tekijöiden ja herkkyystekijöiden käsittelyä, itsenäisyyttä lisäävien taitojen ja vuorovaikutustaitojen kehittämistä sekä sosiaalisten suhteiden rakentamista ja ylläpitämistä. Toissijaisessa interventiossa autetaan asiakasta tunnistamaan ja hallitsemaan vaikeita tilanteita esimerkiksi taidoilla joilla huomiota saadaan suunnattua muualle. Kriisi- eli reaktiivinen interventio sisältää turvallisia, eettisiä ja ei-rangaistuksellisia keinoja haastavan käytöksen hallitsemiseen sitä esiintyessä. Tällaiseen interventioon voi kuulua myös fyysinen kiinnipito ja rajoittaminen riskikäyttäytymisen hallitsemiseksi mahdollisimman vähän rajoittavalla tavalla, ja niiden tarkoitus on estää riskikäyttäytymisen eskaloituminen ja mahdollisten vahinkojen aiheuttamisen minimoiminen. Kriisin jälkeisen tuen ja oppimisen vaiheessa keski-

tytään turvalliseen oloon ja tuen antamiseen. Vaihe on tärkeä koska tällöin voidaan oppia asiakkaasta itsestään sekä parantaa ensi- ja toissijaisia interventioita jotta voidaan vähentää kriisitilanteiden mahdollisuutta tulevaisuudessa. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 155-156.)

Kriisin kehittymisen malli on ensisijainen malli, johon MAPA®-koulutuksen käyttämät taidot liittyvät. Mallin eri tasoissa on kuvattu henkilökunnan vastareaktiot asiakkaan kriisin eri vaiheissa, ahdistuneen käyttäytymisen tasosta riskikäyttäytymiseen ja jännityksen laantumiseen. Se opettaa henkilökuntaa tunnistamaan käyttäytymistasojen muutoksia ja pohtimaan omaa asennettaan ja lähestymistapaa asiakasta kohtaan ja antaa apua erilaisissa kriisitilanteissa toimimiseen positiivista käyttäytymistä tukien. Henkilökunnalla on vastuu siitä että fyysisiä interventioita käytetään viimeisenä vaihtoehtona kohtuullisesti riskiin nähden ja henkilökunnan on oltava valmis perustelemaan päätöksensä siitä kuinka riskikäyttäytymiseen reagoidaan. Avainteemoja ovat siis viimeisenä käytettävä vaihtoehto, kohtuullisuus ja oikeasuhteisuus, vähiten rajoittava keino mahdollisimman lyhyen ajan, loukkaantumisten minimointi ja kivun tuottamisen välttäminen. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 68-69, 158.)

2.7.2 Fyysiset interventiot

Joissakin tilanteissa henkilökunnan rauhoittamisyrityksistä huolimatta asiakkaan käytös voi edetä riskikäyttäytymisen tasolle. Asiakas ei kykene enää hallitsemaan itseään jolloin sanallinen käytös muuttuu fyysiseksi ja asiakas voi yrittää vahingoittaa itseään ja/tai yrittää kohdistaa väkivaltaa muihin. Tällöin on vakavasti harkittava fyysisiä interventioita. Niitä tulee välttää ellei turvallisempaa vaihtoehtoa ole ja jos intervention käyttämättä jättämisestä aiheutuisi suuremmat riskit kuin sen käyttämisestä. Siihen liittyy oikeudellisia, ammatillisia, eettisiä ja säädöksellisiä asioita, sekä erityisesti ihmisoikeudellinen näkökulma. Interventioiden tulee myös olla organisaation hyväksymiä ja laillisia. Fyysiset interventiot eivät ole riskittömiä, joten on tärkeää kouluttaa henkilöstö ja hyväksyttää käytettävät fyysiset interventiot organisaation johdon tasolla. Niitä tulee käyttää vain äärimmäisissä tilanteissa, viimeisenä vaihtoehtona riskikäyttäytymisen hallitsemiseen hätätilanteissa eikä niitä ikinä tulisi käyttää sääntöjen toimeenpanemiseksi tai rangaistukseksi eikä niiden myöskään tule perustua kivun tuottamiseen. Fyysisiä interventioita käytettäessä on muistettava, että itsehillinnän menettäminen ja kiinnipidettynä oleminen ovat pelottavia ja epämiellyttäviä kokemuksia, etenkin jos asiakkaalla on aiempia traumaattisia kokemuksia. Interventioiden tulisi olla mahdollisimman lyhyitä, eikä niitä tulisi käyttää pidempään kuin on tarve. Jännitteen vähennyttyä asiakas on käyttänyt paljon energiaa, joka lopulta vähenee ja itsehillintä ja rationaalisuus palautuvat vähitellen. Asiakas on voinut käydä läpi pelottavan ja traumaattisen kokemuksen, jolloin hän on emotionaalisesti haavoittuvainen ja tarvitsee henkilökunnan tukea. MAPA®-koulutus kouluttaa myös irtautumismenetelmiä joiden tarkoituksena ei ole opettaa itsepuolustustekniikoita, vaan keinoja kuinka irtautua haastavista tilanteista kuten iskusta tai tarttumisesta loukkaantu-

matta ja vähin vahingoin. Irtautumismenetelmiä käytettäessä tulee myös huomioida turvallisuus, jolloin pyritään suhteuttamaan menetelmä koettuun uhkaan. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 151, 159-161.)

Potilaan tahdonvastaisia hoitotoimenpiteitä joudutaan tekemään kun potilas ei sairautensa, vammansa tai kehitystasonsa vuoksi kykene päättämään hoidostaan, jolloin yleisohjeena on toimia potilaan edun mukaisesti. Hoitohenkilökunnan tulee osata arvioida tahdonvastaisten hoitotoimenpiteiden tarve ja niiden laillisuus ja määräyksen toimenpiteistä tulee perustua lääkärin arvioon. Aggressiivisen potilaan käytökseen tulee reagoida mahdollisimman nopeasti kuin mahdollista, jolloin voidaan taata muiden potilaiden, henkilökunnan, sivullisten sekä potilaan oma turvallisuus. (Lehestö ym. 2004, 90-91.)

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan asiakkaan liikkumisvapauden rajoittamista fyysisten interventioiden avulla. Tällöin pyritään minimoimaan asiakkaan itseän sekä muihin kohdistuva vahinko. Tärkeää on huomioida turvallisuus, haavoittuvuus, sukupuoleen liittyvät tekijät, kulttuurilliset tai sosiaaliset normit sekä henkilön aiemmat kokemukset ja traumat. Fyysiseen rajoittamiseen liittyy etenkin psykososiaalisia mutta myös pehmytkudoksiin, luihin, niveliin, sydän- ja verenkiertoelimistöön ja hengityselimiin kohdistuvia riskejä. Asiakkaan liikkumisvapautta voidaan tarpeen mukaan rajoittaa seisten ohjaamalla, istuen tai hätätapauksissa maassa maaten. Interventioiden taso tulee arvioida riskitason perusteella, jotta matalan tason rajoittamista käytetään matalan riskitason tilanteissa ja korkeaa tasoa korkean riskitason. Pitkäkestoinen fyysinen rajoittaminen lisää asiakkaaseen kohdistuvaa vahinkoriskiä ja se on liitetty rajoittamiseen liittyviin kuolemantapauksiin. Tämän vuoksi kaiken fyysisen rajoittamisen tulee olla mahdollisimman vähän rajoittavaa ja lyhytaikaista. MAPA®-menetelmien riskit on arvioitu ja tutkittu huolella, mutta silti riskit tulee arvioida aina myös tilanne- ja potilas-kohtaisesti. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 163-166.)

Henkilökunnan tavoitteena eri interventioiden aikana on myös pyrkiä positiivisen suhteen palauttamiseen. Fyysisen intervention aikana on hyvä selittää asiakkaalle mitä nyt tehdään ja mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Henkilökunnan olisi tarjottava asiakkaalle turvallisia vaihtoehtoja, ehkä myös henkistä tukea ja vakuuttelua, kun tämä on saamassa itsehillintäänsä takaisin. Tapahtuman jälkeinen jälkipuinti kaikkien osapuolten välillä edistää yhteistyön palautumista kun on varmistettu että tilanne on hallinnassa. Se auttaa ymmärtämään kuinka auttaa asiakasta kriisin eri vaiheissa ja kuinka henkilökunnan toimintaa voidaan kehittää. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 161-162.)

2.7.3 Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa

Ihmistä ohjaa kaksi tapaa ajatella, intuitio sekä rationaalisuus. Intuitiivinen päätöksenteko on nopeaa ja piilotajuista, tunteenomaista ja automaattista, rationaalinen harkittua ja kriittistä,

ja se edellyttää käsitteiden ja eri vaihtoehtojen syvempää pohdintaa. Tiukkaa rajaa näiden kahden välillä ei kuitenkaan ole, ja kriittisesti hyödynnettynä intuitio on rationaalisuuden ystävä. Ihmiset kokevat usein käyttäytyvänsä rationaalisesti, vaikka käytös on usein valtaosin intuitiivista. Intuitiivisen käytöksen etuna on nopeus, jonka vuoksi sen merkitys korostuu kriiseissä ja vaaratilanteissa. Intuitiiviset päätökset pohjaavat aikaisempiin kokemuksiin ja uskomuksiin. (Huttunen 2013.) MAPA®-oppien mukaan henkilökunnan päätöksentekoa haastavissa asiakastilanteissa ohjaa kriisin kehittymisen malli, josta tarkemmin luvussa 2.7.1.

Päätöksenteko haastavissa asiakastilanteissa on tiimityötä, jotta voidaan varmistaa kaikkien osapuolten kohdalla turvallisuuden toteutuminen. Henkilökunnalla on vastuu siitä että fyysisiä interventioita käytetään viimeisenä vaihtoehtona, kohtuullisesti riskiin nähden ja henkilökunnan on oltava valmis perustelemaan päätöksensä siitä kuinka riskikäyttäytymiseen reagoidaan. Lisäksi on tärkeää käyttää fyysisiä interventioita mahdollisimman vähän, jolloin estetään myös niiden väärinkäyttö. Tärkeimpiä lainsäädännöllisiä ja ammatillisia näkökohtia päätöksenteon taustalla ovat ihmisoikeudet, eettiset periaatteet eli joukko moraalisia sääntöjä jotka vaikuttavat päätöksentekoon, menettelyohjeet ammattiryhmien avuksi, organisaation käytännöt sekä yksityisoikeus ja rikosoikeus, jotka suojaavat ihmisten oikeuksia ja yhteiskuntaa kohdistuvaa käytäntöä kokonaisuudessaan. Henkilökunnan kyky arvioida riskiä tehokkaasti on keskeistä kriisitilanteessa tapahtuvan kriittisen päätöksenteon kannalta. Tässä arvioinnissa voi auttaa päätöksentekomatriisi, jonka mukaan voidaan arvioida henkilön riskitason mukaista todennäköistä käyttäytymistä. Kriittisten päätöksentekotaitojen kehittäminen auttaa henkilökuntaa hallitsemaan omia tunteitaan ja käyttäytymistään, jolloin pystytään tekemään tarpeellisista toimenpiteistä asianmukaisia arvioita. Riskin tason määrittämisen osaaminen on tärkeää, jotta osataan arvioida fyysisten interventioiden tarpeellisuus ja valita kohtuullinen ja oikeasuhteellinen vaste riskiin. Henkilökunnan mielestä päätöksenteko voi kuitenkin olla hankalaa, koska riskin arviointi voi sekoittua huoleen tai pelkoon. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 68-69, 160-161.)

Fyysisten interventioiden aikana hoitohenkilökunnan keskeinen tavoite on, ettei asiakkaan aggressiiviseen käyttäytymiseen vastata samanlaisella käyttäytymisellä. Hoitohenkilökunta ei siis pyri tilanteen voittajaksi, vaan se pyrkii tukea antavaan vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa intervention aikana. Se mahdollistaa hoitohenkilökunnalle asiakkaan luottamuksen ansaitsemisen vastaamalla aggressiivisuuteen epäaggressiivisella käyttäytymisellä, jolloin tämä ennakoiva lähestymistapa reagoimisen sijaan mahdollistaa asiakkaalle aiempaan väkivaltaiseen käyttäytymiseensä yhdistyvien ongelmien välttämisen. (Pilli 2009, 127.)

2.7.4 Vuorovaikutus fyysisten interventioiden aikana

Kaikki MAPA®-interventiot perustuvat tiimityöhön, jotta voidaan varmistaa kaikkien osapuolten kohdalla huolenpidon, hyvinvoinnin, suojaamisen ja turvallisuuden toteutuminen. MAPA®-

koulutuksessa suositellaan, että fyysisiin interventioihin osallistuu aina vähintään kaksi henkilöä, jotta interventiot toteutuvat. Henkilökunnan tulee osata tunnistaa henkeä uhkaavat merkit, jotta voidaan estää vakavien terveyshaittojen syntyminen. Tiimityöskentely takaa tehtyjen päätösten turvallisuuden ja oikeasuhteisuuden ja yhdessä tehdyt päätökset käytettävistä interventioista perustuvat todennäköisemmin todelliseen riskikäyttäytymiseen ja siitä tehtyyn arvioon, eikä henkilökunta tällöin reagoi sopimattomalla tavalla. Se auttaa välttämään vastakkainasettelua ja ohjaa henkilökuntaa keskittymään tilanteen ratkaisemiseen. Päähoitajan eli tiiminvetäjän rooli on tärkeä, jotta voidaan välttää epäjärjestystä ja kaaosta. Hän voi keskittyä vallitsevaan riskikäyttäytymiseen ja auttaa kollegoita keskittymään tarpeellisiin päätöksiin, jotta interventio toteutuisi ammatillisesti ja turvallisesti. Rooli valitaan olosuhteiden ja osallistujien mukaan, siihen ei siis vaikuta henkilön asema tai työuran pituus, ja usein tiiminvetäjä tuntee asiakkaan parhaiten ja pystyy nopeasti luomaan hoidollisen yhteyden ja kommunikoimaan selkeästi ja vakaasti kaikkien kanssa. Joskus tiiminvetäjän valintaan voi vaikuttaa myös esimerkiksi henkilön ikä, sukupuoli, alkuperä ja kulttuuri. Hätätilanteessa tiiminvetäjästä on päätettävä nopeasti, mutta joissakin tilanteissa interventiota voidaan suunnitella ja yhteisellä päätöksellä sopia. Todennäköisesti tehokkain tiiminvetäjä pystyy rauhallisesti ja selkeästi sekä verbaalisia että non-verbaalisia keinoja käyttäen viestimään asiakkaalle kaikissa tilanteissa että tilanne on turvallinen ja hallinnassa. Tiimityön on syytä myös olla joustavaa, jotta roolia voidaan tarvittaessa pikaisesti vaihtamaan ryhmän sisällä, jos asiakas ei reagoi odotetulla tavalla. (MAPA®-kouluttajan opas 2015, 160-161.)

3 Aineiston keruu

3.1 Tutkimusmenetelmä

Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan tutkia ihmisen elämää ja kokemuksia, käyttäytymistä ja vuorovaikutussuhteita. Sen avulla on tarkoitus saada mahdollisimman erilaisia näkemyksiä tutkimuksen kannalta oleellisiin kysymyksiin. Laadulliselle tutkimusmenetelmälle tyypillisiä tiedonkeruumenetelmiä ovat haastattelut, erilaiset kysymyslomakkeet, havainnointi, dokumentit, elämänkerrat, päiväkirjat. Kerätty aineisto analysoidaan usein induktiivisesti eli päätellen yksityistämisestä yleistämiseen. Aineistosta pyritään löytämään teemoja, jotka kytkeytyvät isompiin aihekokonaisuuksiin, ja teemoista haetaan keskeisiä käsitteitä jotka liitetään teorioihin. Kerätty aineisto ja päättely ovat koko työskentelyn ajan vuorovaikutuksessa keskenään, ja tutkimuksen tutkimusongelmat voivat muuttua työn edetessä. (Willberg, 2009.)

Opinnäytetyössäni käytettävien kokemusten kerääminen toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä narratiivisella lähestymistavalla haastatteleamalla kouluttajia, jolloin saatiin kerättyä mahdollisimman monipuolisia ja eläviä kokemuksia. Haastattelut äänitettiin digitaaliseen muotoon, jolloin ne olivat käytettävissä useamman kerran. Tässä opinnäytetyössä käytin teemahaastattelua ja sisällönanalyysia.

3.2 Tiedonantajien valinta

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää että tiedonantajina käytetään henkilöitä jotka tietävät tutkittavasta aiheesta paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Niinpä tiedonantajien valinta tulee olla harkittua ja tarkoituksenmukaista. Tutkimusraportissa on syytä kertoa miten tiedonantajien valintaan päädyttiin ja miten valinta täyttää tarkoituksenmukaiset kriteerit. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 85-86.)

Opinnäytetyössäni käytin tiedonantajana kahta kahta kokenutta MAPA®-kouluttajaa jotka olivat koulutukseltaan psykiatrisia sairaanhoitajia. Molemmat kouluttajat olivat työskennelleet hoitotyön parissa 1990-luvun alusta lähtien. Toinen kouluttajista työskenteli osastotyössä, suljetulla psykiatrisella osastolla, ja oli toiminut kouluttajana kymmenen vuoden ajan. Toinen kouluttajista työskenteli päivystyspoliklinikalla ja on toiminut kouluttajana vuoden ajan. Lähestyin heitä henkilökohtaisesti sähköpostitse jolloin kerroin opinnäytetyöstäni sekä sen tarkoituksesta. Tarkoituksenani oli ensin haastatella useampaa, mutta otantaa tuli rajata oletuksella että kummallakin haastateltavalla oli pitkä työhistoria takanaan ja näinollen runsaasti erilaisia kokemuksia kerrottavana.

3.3 Teemahaastattelu

Narratiivista lähestymistapaa on hyvä käyttää laadullisessa tutkimuksessa silloin, kun on tarkoituksena ymmärtää henkilön kokemuksia ja kohtaamia tapahtumia ja halutaan saada käsitys henkilön sisäisestä maailmasta, toiminnasta ja pyrkimyksistä. Narratiivinen aineisto perustuu kieleen ja se voi olla puhetta, tekstiä tai ei-kielellistä viestintää. Narratiivinen tutkimustapa on induktiivista, jolloin tutkimuskysymykset muotoillaan aluksi väljästi, ja tutkimusongelmat määrittävät tutkimuksen aikana. (Janhonen & Mikkonen 2001, 85, 90-91.)

Laadullisessa tutkimuksessa useimmiten käytettävät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelut, kyselyt, havainnointi sekä erilaisiin dokumentteihin pohjautuva tieto. Niitä voidaan käyttää myös vaihtoehtoisesti, rinnakkain tai eri tavoin yhdistelemällä tutkimusongelman ja resurssien mukaisesti. Mikäli tutkimusasetelma on vapaamuotoinen, on luontevaa käyttää havainnointia, keskustelua tai elämänkertoja aineiston hankinnan menetelminä. (Tuomi & sarajärvi 2009, 71).

Valitsin opinnäytetyöni haastattelutavaksi teemahaastattelun sen luomien mahdollisuuksien vuoksi. Teemahaastattelu on keskustelunomainen, väljempi tilanne, jossa käydään läpi haastattelijan ennalta suunnittelema teemoja. Sillä pyritään ottamaan huomioon haastateltavan mahdollisuus vapaalle puheelle, vaikka haastattelun teemat ovatkin valmiiksi määritellyt. Teemoista ja niiden alateemoista pyritään siis keskustelemaan vapaasti. Teemahaastattelun

käyttö edellyttää haastattelijalta huolellista teemaan ja sen käsitteisiin perehtymistä etukäteen jotta haastattelu osataan kohdistaa näihin tiettyihin teemoihin ja ymmärretään itse tutkittavaa aihetta. Siispä haastateltava tulee valita sellaisia henkilöitä, joilla tiedetään tai arvellaan olevan aiheeseen liittyvää tietoa ja kokemusta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Opinnäytetyössäni käytettiin lähteenä kouluttajien kertomuksia ja kokemuksia erilaisista asiakastilanteista. Tarinoiden kertominen on ihmisten vanha tapa hahmottaa paikkaansa tässä maailmassa ja yhteiskunnassa. Ne kumpuavat aikakaudestaan ja liittyvät tapahtumiin heijastaen ja uudistaen tapoja kertoa asioita. Se on tapa selittää tapahtuvaa, liittää sitä vanhaan ja hahmotella tulevaa, jolloin tarinat ilmentävät ja muokkaavat todellisuutta yhtäaikaaisesti. Narratiivinen tutkimus kiinnittää huomiota kertomisen muotoon, tekstiin tai puhuntaan sellaisenaan ja ollaan kiinnostuneita tapahtumista joista kerrotaan, eli kiinnostuksen kohteena on erityisesti tarinan sisältö ja tutkimuksen tavoitteena on kertomusten ja tarinoiden kuuntelu, analysointi ja tutkimuksen avulla yhteiseksi tiedoksi saattaminen. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 17, 39.)

Haastattelun idea on yksinkertainen, sillä jos haluamme tietää mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii kuten toimii, on järkevää kysyä häneltä asiasta. Haastattelun etuna on joustavuus, jolloin haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, oikaista epäselviä asioita, selvittää ilmauksia ja käydä keskustelua tiedonantajan kanssa. Samanlaista mahdollisuutta ei ole esimerkiksi lomakkeeseen pohjautuvan kyselymenetelmän kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73.)

Pyrin haastatteluiden kautta hakemaan vastauksen työn keskeiseen tutkimuskysymykseeni, eli siihen, mitkä tekijät ohjaavat MAPA®-kouluttajan päätöksentekoa haastavassa asiakastilanteessa. Haastattelemani kouluttajat olivat molemmat koulutukseltaan sairaanhoitajia ja omasivat pitkän kokemuksen psykiatrian erikoisalalla työskentelystä. Haastattelut tehtiin helmikuussa 2017 kouluttajien työpaikoilla haastattelutilanteeseen etukäteen varatussa tilassa. Haastattelut tehtiin teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelurungon ja haastattelun pääkysymykset suunnittelin etukäteen. Suunnittelua helpotti väljät pääkysymykset jotka mahdollistivat lisäkysymykset ja avoimen keskustelun haastattelun lomassa sekä se, että minulla itselläni oli aiheesta kokemusta, eli sekä MAPA®-koulutuksesta että psykiatrisesta hoitotyöstä. Teemoina käytin kysymällä kouluttajien taustasta, eli kuinka kauan on hän päätyi MAPA®-kouluttajaksi, kuinka kauan on toiminut kouluttajana ja minkälaista on olla kouluttaja. Tämän jälkeen pyysin kertomaan tilannekohtaisesti, kuinka kuvattu haastava asiakastilanne alkoi, mitä siinä tapahtui, miten tilanne eteni ja päättyi, mikä kouluttajan rooli oli tilanteessa ja kuinka turvallinen ja toimiva tilanne kouluttajan mielestä oli. Tämän jälkeen pyysin kouluttajaa arvioimaan, mihin hän perusti oman toimintansa tilanteessa, oliko hänellä joitain selkeitä

kriittisiä pisteitä intervention aloittamiselle. Koska MAPA®-koulutuksessa korostetaan vuorovaikutuksen tärkeyttä osana interventioita, hain tilanteista myös kokemusta siitä, kuinka kouluttajan mielestä vuorovaikutus intervention aikana toteutui, oliko se helppoa, voiko sitä arvioida ja huomioida tilanteen aikana ja sitä miten kokemus haastavista asiakastilanteista vaikuttaa vuorovaikutuksen huomioimiseen.

3.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia sopien hyvin erilaisten aineistojen analysointiin. Sillä pyritään hankkimaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa ja kuvata tutkimuksen sisältöä sanallisesti. Analyysillä saadaan aineistoon selkeyttä ja se mahdollistaa selkeiden ja luotettavien johtopäätösten tekemisen. Aineiston laadullinen käsittely pohjaa loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jolloin se pilkotaan ensin osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 107-108.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään käsitettä saturaatio, jolla tarkoitetaan aineiston kyläntymisestä, eli sen riittävyyttä. Sillä kuvataan tilannetta jossa aineisto alkaa toistamaan itseään, eli jolloin tiedonantajat eivät tuota tutkimuskysymykseen enää uusia vastauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Haastatteluista saatujen vastausten analysoinnin jälkeen huomasi että kouluttajien vastaukset sisälsivät paljon samankaltaisuuksia, eli tieto alkoi saturoitua. Tällöin koin saaneeni riittävästi aineistoa opinnäytetyötäni varten.

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analysointia kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi, jonka vaiheita ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ennen analyysin aloittamista tulee määrittää analyysiyksikkö eli esimerkiksi sana tai lause. Tämän määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Pelkistämässä aineisto voi olla aukikirjoitettu haastatteluaineisto tai dokumentti, josta on karsittu tutkimukselle turha aineisto pois ja sitä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistosta litteroidaan tutkimukselle olennaiset ilmaukset. Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin aineistosta etsitään samankaltaisia käsitteitä, ne ryhmitellään ja nimetään ryhmään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittely-yksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus tai piirre. Ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jolloin ryhmitelystä aineistosta eritellään tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan näistä teoreettisia käsitteitä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistetään käsitteet ja näin saadaan vastauksia haluttuihin tutkimuskysymyksiin. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, ja tutkimuksen teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan alkuperäiseen aineistoon koko ajan uutta teoriaa muodostaessa. Johtopäätöksiä tehdessä pyritään ymmärtämään mitä asiat tutkittaville merkitsevät eli näkemään asia tutkittavien omasta näkökulmasta analyysin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-113.)

Käytin työssäni aineistolähtöistä sisällönanalyysyä, koska tarkoitukseni oli vastata yhteen tutkimuskysymykseeni mahdollisimman tarkasti haastateltavien henkilöiden henkilökohtaisten kokemusten perusteella. Kertomuksia keräsin yhteensä 10 kappaletta, viisi molemmalta kouluttajalta. Analyysiyksikkönä käytin työssäni haastateltavien ajatuksia, jotka koostuivat kokonaisesta lauseesta muutamaa virkkeeseen. Haastattelut kerättiin helmikuussa ja litteroitiin maaliskuussa 2017. Litteroitavaa tekstiä tuli 11 sivua, kirjasin Calibri, riviväli 1,15. Analysoinnin aloitin huhtikuussa 2017 palaten vielä useita kertoja aineistoon, sekä haastatteluihin että litteroituun aineistoon, analysoinnin aikana. Analysoinnin apuna käytin eri värejä tusseja erittelemään vastauksia tutkimuskysymykseeni, pelkistin vastausten alkuperäisilmaisuja ja kirjoitin ne paperille. Pelkistysä tutkimuskysymykseeni tuli 30. Etsin näistä pelkistetyistä ilmaisuista samankaltaisuuksia joiden perusteella ne pystyttiin ryhmittämään ja antamaan niille nimi, eli muodostettiin alaluokkia, jolloin löydettiin yhteisiä tekijöitä. Opinnäyte-työssäni oli yksi tutkimuskysymys, jolle muodostui 11 alakategoriaa ja viisi yläkategoriaa, jotka ovat: asiakastilanteen eskaloitumisen välttäminen, työturvallisuudesta ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen, vuorovaikutustaitojen käyttö sekä yhteistyön luominen asiakastilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen. Luokkien muodostaminen on kuvattu seuraavassa kappaleessa.

4 Tulosten yhteenveto

Tutkimustulokset esitetään aineistosta saatujen päätöksentekoon liittyvien pääteemojen mukaisesti. Kouluttajien kertomusten mukaan keskeisiksi tekijöiksi päätöksenteon taustalta nousi haastavan asiakastilanteen eskaloitumisen eli pahenemisen välttäminen, työturvallisuudesta ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen, vuorovaikutustaitojen käyttö sekä yhteistyön luominen tilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen. Työ- ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen on käsitelty yhdessä. Kouluttajien kertomuksissa henkilökunnan koulutus, kokemus ja erityisesti vuorovaikutustaitojen käyttö koettiin tärkeinä tekijöinä tilanteiden hallinnassa. Tulosten yhteyteen on liitetty suoria lainauksia kuvaamaan haastateltavan omia ajatuksia selventämään ja tukemaan tutkimustuloksia. Pidemmät lainaukset on esitetty työssä lainausmerkeissä, lyhyemmät kursivoituina. Luokkien muodostaminen kuvattu alla.

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
”Pyrin välttämättä ettei tilanne eskaloituisi siitä” ”Myötäiltiin liikkeitä kiinnipidon aikana ja saatiin sitä eskalaatiota lievennettyä” ”Saatiin pysäytettyä se kiihtyminen” ”Puristeli käsiä nyrkkiin, puhisi” ”Ei provosoida eikä provosoiduta”	Ennakointia Yhteistyöhön pyrkimistä Agitaation vähentämistä	<u>Asiakastilanteen eskaloitumisen välttäminen</u>

<p>"Oman sijoittumisen, eleiden huomiointi"</p> <p>"Saatiin luotua siihen sellainen usko siihen tilanteeseen että kyllä se tästä"</p> <p>"Pysyttiin rauhallisena siinä tilanteessa"</p> <p>"Yritettiin potilasta haastattaa, selvittää sitä tilannetta"</p>		
<p>"Pyritään saapumaan sivuilta ettei käden huitomiset kohdistu"</p> <p>"Huomioin oman sijoittumisen"</p> <p>"Oikeat otteet molemmilla"</p> <p>"Asettautuminen...lääkäri taka-alalla, me henkilökunta sivuilla"</p> <p>"Kilven käyttöön saatu koulutus auttoi"</p>	<p>Oman sijoittumisen ja etäisyyden huomiointi</p> <p>Oman työn turvallisuus</p> <p>Apuvälineen luoma turvakokemus</p>	<p><u>Työturvallisuudesta huolehtiminen</u></p>
<p>"Jalan vahingoittamisen riski suuri"</p> <p>"Mä korjaan heti ne väärät otteet ettei se henkilö vahingoittuisi"</p> <p>"Pyrki ryntäämään sieltä niin että siinä olisi voinut käydä pahasti hälle itselleen"</p> <p>"Potilas oli juuri ollut tajuttomana...somatiikan huomiointi"</p> <p>"Huomioidaan sitä voimaa mitä käytetään ettei satu"</p>	<p>Potilaan vahingoittumisen estäminen</p> <p>Oikeiden otteiden ja voimankäytön huomiointi</p>	<p><u>Potilasturvallisuudesta huolehtiminen</u></p>
<p>"Rupesin keskustelemaan potilaan kanssa että pystytkö rauhoittumaan"</p> <p>"Patoutumia...naishoitaja hoiti sen puhuttamisen sitten ammattitaidollaan"</p> <p>"Pyrki hyvin yksinkertaisilla ja lyhyillä lauseilla ja sanoilla vuorovaikutukseen"</p> <p>"Ihmisarvoinen kohtelu"</p> <p>"Pyrittiin pitämään kontakti potilaaseen"</p>	<p>Koulutus ja kokemus</p> <p>Puhuttaminen ammattitaidolla</p> <p>Yksinkertaiset ja lyhyet lauseet</p> <p>Kontaktin ylläpito</p>	<p><u>Vuorovaikutustaitojen käyttö</u></p>

"Saatko hengitettyä...oli se mun heti ensimmäinen kysymys siinä ja siitä aukesi se kanava" "Koko ajan yritettiin keskustella että voitaisko me päästää irti" "Varmistui että hän ymmärtää varmasti mitä hänelle sanotaan...pyrki rauhallisella äänellä puhumaan" "En luvannut mitään mikä ei pitänyt paikkaansa" "Potilaan mielialojan myötäilemistä, validaatiota" "Lääkäri antoi potilaalle koko ajan tilaisuuden muuttaa mieltään"	Huolenpidon osoittaminen Luottamuksen luominen ja hankkiminen Yhteyden ylläpitäminen potilaaseen Vaihtoehtojen tarjoaminen	<u>Yhteistyön luominen asiakastilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen</u>
--	---	---

4.1 Asiakastilanteen eskaloitumisen välttäminen

MAPA®-kouluttajien kertomuksissa kouluttajat kertoivat pyrkineensä ensin välttämään tilanteen eskaloitumista niin, ettei fyysisiin interventioihin tarvitsisi tilanteessa turvautua. Kouluttajat kuvasivat tyypillisiksi kiihtymisen merkeiksi käsien nyrkkiin puristelun, puhisemisen, verbaalisen aggressiivisuuden sekä levottoman olemuksen. Kertomuksissa tämä usein johti tilanteeseen johon oli henkilökunnan puututtava. Interventiona pyrittiin käyttämään rauhallista olemusta, keskustelua, selvittämään mikä oli kiihtymisen syynä. Mikäli fyysisen intervention käyttöön kuitenkin päädyttiin, pyrittiin interventio pitämään kestoltaan mahdollisimman lyhyenä.

"...Yksi meidän potilaista alkoi oireilemaan, eli käveli edestakaisin osastoa levottomana, jolloin aikaisemmista tiedoista pystyi jo päättämään että hän on silloin ahdistunut ja etsii jotain, ja edellisellä kerralla alkoi jo sitten käyttäytymään jo hieman aggressiivisesti siten että pyrki voimakeinoilla ulos osastolta hajottamalla oven ikkunan. Kun näin että nyt alkoi kävely, niin mä otin kontaktin ja oikeestaan ensimmäinen kontakti tapahtui niin kuin oli opetettukin eli pyritään saapumaan sivuilta ja kosketus kyynärpään alueelle ettei käden huiotukset sitten kohdistu... Asiakas sieti kosketuksen ja kysyin että "Hei, mihin sä olet menossa, voinks mä auttaa jotenkin" ja pyrin olemaan ystävällinen ja asiallinen. No "Kotiin, kotiin" oli se vastaus... Yritin ohjata häntä jo tilanteesta pois ja kollega siinä koko ajan varmistamassa... Ohjasin siinä että mennään kah-

ville... Tilanne raukesi siinä sitten, hän otti tarvittavankin ja siinä jäätiin juttelemaan niitä näitä ja sieltä tuli telkkarista ampumahiihtoa ja siitä pystyi juttelemaan potilaan kanssa...”

Tärkeinä tekijöinä tilanteen eskaloitumisen välttämiseksi koettiin ennakointi, eli että tilanteissa oltiin läsnä ja valppaina, jolloin siihen pystyttiin puuttumaan ajoissa. Samoin yhteistyöhön pyrkiminen korostui, eli pyrittiin siihen että asiakas toimisi henkilökunnan kanssa yhteistyössä, ilman että syntyisi suurta vastakkainasettelua.

4.2 Työ- ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen

Toinen kouluttajista toi esiin MAPA®-koulutuksen suurta roolia työturvallisuuden yhtenä luoja. Kun kulutus ja sen käyttämät metodit ovat organisaation hyväksymät ne ovat turvallisia myös potilastyössä.

”...Kun on käytössä koulutus ja malli jota kaikki noudattavat, luo se henkilökunnalle turvaa ja kokemusta, siis myös turvakokemusta, siitä että myös tuo kollega tuossa osaa tarvittaessa toimia tässä tilanteessa samalla tavalla...”

Haastatteluissa isona tekijänä päätöksenteon taustalle nostettiin sekä työntekijöiden että asiakkaiden turvallisuudesta huolehtiminen. Omaa turvallisuutta pyrittiin huomioimaan sijoittumisella ja etäisyydellä eli kuinka sijoittua suhteessa asiakkaaseen, sekä lähestymistavalla. Asiakasta kohti lähestyttiin sivulta eikä kohtisuoraan, jolloin iskujen kohdistaminen oli kouluttajien kertomusten mukaan vaikeampaa.

”...Oli painettu hälyä ja sinne kiirehtien huomasin että siellä oli kiinnipito lattialla, päinmakuutilanne ja siinä oli ilmeisesti ei-mapakoulutettuja henkilöitä koska siinä osittain maattiin henkilön selän päällä ja pidettiin käsistä, se oli oikeastaan aika rujan näköinen tilanne. Ensimmäinen tehtävä joka mulla oli siinä tuli tietenkin mieleen että mä korjaan heti ne väärät otteet pois ettei se henkilö vahingoitu siinä... En tiedä oliko siinä niin kiire että kukaan ei tajunnut ainakaan tälle potilaalle sillä hetkellä puhua... Luonnollisesti otin sen paikan mikä oli tyhjänä ja heti ensimmäisenä korjasin näiden käsihenkilöiden otteet ja siirsin heidät pois siitä selän päältä ja henkilö alkoikin sanomaan että ei saa oikein henkeä, että on vaikea hengittää. Tottakai siinä välittömästi löysättiin otetta ja pyydettiin potilasta korjaamaan asentoaan niin että pystyy paremmin hengittämään... Rupesin keskustelemaan potilaan kanssa että pystytkö rauhoittumaan, koetko nyt että olisit sen verran rauhallinen että voidaan löysätä otetta että voidaan miettiä että miten päästään tästä nyt eteenpäin. ”Joo joo, ei tässä nyt mitään”, hän kiroili tietysti nyt siinä että siinä mielessä ei ollut ihan satavarma

että pystyykö hänen sanaansa luottamaan, mutta ohjeistin siinä sitten käsi- ja jalkaihmissä että päästäkää vaan jalat irti ja annoin ihan yksinkertaisia ohjeita potilaalle että vedä jalat mahan alle ja nousta sellaiseen polviasentoon että saat hengittää, ja nousta rauhallisesti ettei verenpaineet heitä ettei pyörry tai mitään... Ilmoitin potilaalle että pystytkö nousemaan seisomaan että mennään tonne eristyshuoneeseen, että saatetaan sut sinne ja hän sitten lähti kävelemään... ”

Kouluttajien kertomusten mukaan päätöksentekoa ohjasi myös hoitajan eettiset ohjeet. Asiasta ei haluta fyysisten interventioiden aikana vahingoittaa, ja kouluttajat pyrkivät sen MAPA®-oppien mukaisesti estämään. Tärkeänä tekijänä oli huomioida henkilökunnan voimankäyttöä intervention aikana. Etenkin tällöin korostui henkilökunnan koulutuksen tärkeys ja että henkilökunta käytti oikeita otteita. Kouluttajat pyrkivät estämään myös asiakkaan itsensä vahingoittamisen tilanteissa jolloin asiakas ei esimerkiksi somaattisen tilan tai muisti-sairauden vuoksi kykenyt itsestään huolehtimaan.

”...Potilas oli löydetty tajuttomana jostain tuolta autosta ja oli vahva epäily että hän oli käyttänyt lakkaa... Hän oli täysin tajuton silloin löydettyäessä, ambulanssissa oli vironnut ja tänne tullessa hän oli aika lailla riuhtova ja tempova paareilla. Me hänet sitten siirrettiin, otettiin paareilta pois ja otettiin hänet ihan jaloilleen koska hän halusi mennä vessaan. Siitä ei kuitenkaan tullut mitään, koska hän välillä heittäytyi maahan, välillä nousi ylös, välillä pyrki vessaan ja hän huusi että miksei hän saa tehdä mitä haluaa, miksi me häntä pidetään kiinni... Me oltiin kollegan kanssa molemmat mapa-koulutettuja, molemmilla hyvin pitkä kokemus, me hoidettiin häntä mapa-keinoin... Me saatiin sitten lopulta lääkäriltä ohjeet, siihen asti me toimittiin, me pidettiin häntä mapaoittein hallinnassa, meillä oli jalat vapaana ja välillä oltiin istumassa ja välillä oltiin maassa polvillaan ja tuota myötäiltiin ja saatiin sitä jonkun verran sitä eskalaatiota niin lieennytettyä siinä... Hän ei tavoittanut sitä meidän, että oli päihteissä, niin ei tavoittanut sitä meidän vuorovaikutusta siinä, ja me jouduttiin siinä tilanteessa sitten sidontaeristykseen... Me pyrittiin jotenkin rauhoittamaan sitä tilannetta ja lievittämään, estämään sellaista vastakkainasettelua meidän välillä siinä... Tää tilanne saatiin ohi siten että kyseessä oli lakka, se päihtymystila kesti tunnin... Se ainoa päätöksentekoon vaikuttava ei ollut se väkivaltaisuus, vaan myös se että hän on just ollut tajuttomana, että tää somatiikan puoli vielä...”

4.3 Vuorovaikutustaitojen käyttö

Vuorovaikutustaitojen käyttöä kuvattiin keskeisinä tekijöinä haastavassa asiakastilanteessa yhteistyön luomisessa ja yhteistyön palauttamiseen tilanteen jälkeen. Vaikka kaikkea henkilökuntaa ei olisi koulutettu, hyvien vuorovaikutustaitojen turvin voitiin useissa tilanteissa välttää tilanteen eskaloitumista, laskea agitaatiota ja luoda yhteistyön henkeä asiakkaan ja henkilökunnan välille. Fyysisten interventoiden aikana vuorovaikutus koettiin tärkeäksi ja tässä auttoi kouluttajien mukaan henkilökunnan henkilökohtaiset, omaksutut vuorovaikutustaidot, mutta myös koulutus ja kokemus. Kokemus haastavista asiakkaista auttoi kouluttajien mukaan tunnistamaan tilanteita, joissa pelkän vuorovaikutuksen turvin voitiin tilanne laukaista, mutta se ei ollut ehto. Joskus asiakkailla saattoi myös olla patoumia etenkin tuttua henkilökuntaa kohtaan, jolloin esimerkiksi naishoitajan läsnäolo tilanteessa voitiin nähdä yhteistyötä edesauttavana tekijänä.

"...patoutumia. Naishoitaja hoiti sen puhuttamisen sitten ammattitaidollaan..."

"...Potilas uhkasi itsemurhalla, väkivallalla ja vaati päästä hoitoon, oli päihtynyt alkoholista... Hän tuli uhkaavana ja vaativana... Yritin toisen psykiatrisen hoitajan kanssa siinä kahden kesken haastattaa, rauhoitella, selvitellä tilannetta, joka ei oikein selvinnyt... Me saatiin tilannetta vähän, että oikeastaan hän ei lähtenyt kiihtymään enää, mutta me ei saatu oikein rauhoittumaan tätä... Päätettiin pyytää päivystävä psykiatri paikalle... Lääkäri alkoi käymään sitten tätä keskustelua ja he kävivät tätä keskustelua aika pitkään... Hän noudatti mun mielestä täysin siinä mapan periaatteita, pyrki olemaan potilaan kanssa mahdollisimman paljon samaa mieltä, pyrki välttämään vastakkainasettelua siinä tilanteessa, antoi potilaalle koko ajan tilaisuuden muuttaa mieltään tai lopulta lähteä myös kotiin menettämättä kasvojaan... Mun mielestä tärkeimpänä oli se että tää potilas pystyi koko ajan säilyttämään kasvonsa, me pystyttiin päästämään tää potilas ulos niin ettei se tilanne mennyt väkivaltaiseksi..."

4.4 Yhteistyön luominen asiakastilanteen aikana ja sen palauttaminen tilanteen jälkeen

Keskusteluyhteyden luominen ja sen hakeminen sekä rauhallisena asiakkaan edessä esiintyminen edesauttoi kouluttajien mukaan luottamuksen luomista tilanteeseen. Asiakkailta haettiin vastauksia kysymyksiin ja pyrittiin varmistamaan että hän ymmärsi mitä hänelle sanotaan.

"...Saatko hengitettyä oli se mun heti ensimmäinen kysymys siinä ja siitä aukesi se kanava..."

"...Ohjasin toki siinä että mennään kahville ja meillä on termarissa kahvia aina käytettävissä..."

"...Luojan kiitos sieltä tuli telkkarista ampumahiihtoa..."

Vuorovaikutuksen kanavan turvin pyrittiin hakemaan keinoja yhteistyön palauttamiseen, jotka vaativat myös hieman hoitajan heittäytymistä sekä mielikuvitusta. Kasvojen menettämisen estäminen ja mahdollisuus muuttaa mielipidettä sekä tunnetilojen validointi koettiin myös tärkeänä tekijänä yhteistyön luomisessa ja sen palauttamisessa.

5 Pohdinta

Haastateltava kouluttajat olivat helposti lähestyttäviä ja aineistoa oli luontevaa kerätä rennon haastattelun yhteydessä. Haastateltavien kouluttajien hankkiminen työtä varten osoittautui helpoksi, eikä haastatteluun osallistuminen vaatinut lainkaan suostuttelua. Kerätty aineisto herätti minussa paljon ajatuksia ja sai pohtimaan erilaisia tekijöitä haastavissa asiakastilanteissa, myös omaa käyttäytymistäni tulevaisuudessa. Useimmat ihmiset tarvitsevat koulutusta jotta he osaavat käyttää vuorovaikutustaitojaan aktiivisesti kohdatessaan haastavia asiakkaita, kun taas jotkut tuntuvat omaavan hyvät vuorovaikutustaidot jo syntyessään. Aineistosta paistoi ihmisten vaikeat elämäntilanteet sekä hoitohenkilökunnan huoli, eli kuinka haastavastikin käyttäytyvästä asiakkaasta haluttiin pitää huolta ja auttaa, myös vaikeassa tilanteessa. Koen sen tärkeänä, kuten myös empaattisuuden osoittamisen. Asiakkaalle, kuin kenelle tahansa meistä, kohdatuksi ja kuulluksi tuleminen, kuin ihminen ihmiselle, on iso ja tärkeä asia jota ei tulisi missään tilanteessa unohtaa.

5.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksen oli selvittää tekijöitä, jotka ohjaavat MAPA®-kouluttajien päätöksentekoa haastavissa asiakastilanteissa. Samalla kerättiin myös kouluttajien kertomuksia tilanteista, joita voidaan käyttää koulutuksen tukena sen vaikuttavuuden arviointiin. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että kouluttajien päätöksentekoa ohjaavat henkilön oman etiikan mukaisten tekijöiden lisäksi MAPA®-koulutuksen opit, jotka myös nojaavat hoitotyön etiikkaan. Tämä vahvisti myös omaa käsitystäni ja kokemustani haastavista asiakastilanteista.

Asiakastilanteen eskaloitumisen välttäminen korostuu MAPA®-koulutuksen teoriassa, kun pyritään käyttämään verbaalisia ja non-verbaalisia keinoja tilanteen liennyttämiseen. Mikäli näiden keinojen käyttö ei tuota tulosta, on äärimmäisen tärkeää huolehtia sekä työ- että potilasturvallisuuden toteutumisesta. Tähän kiinnitetään kokemukseni mukaan työpaikoilla paljon huomiota, kuten myös eskalaation välttämiseen, jotta väkivaltatilanteita ei pääsisi alkujaan edes kehittymään.

Vuorovaikutustaitojen käyttö on ihmisten parissa työskentelevälle usein itsestäänselvyys ja se voi sujua luontevasti ilman koulutuksia, mutta on hyvä että on olemassa koulutus joka tukee myös näiden käyttöä ja näiden taitojen kehittymistä. Vuorovaikutustaitoja käyttämällä päästään, myös kouluttajien kertomusten mukaan, usein luomaan yhteistyötä asiakastilanteen aikana sekä palauttamaan sitä tilanteen jälkeen. MAPA®-koulutus ohjaakin purkukeskusteluun tilanteen jälkeen, jotta asiakas pääsee kertomaan oman näkemyksensä tilanteesta.

5.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Aloitin työskentelyn opinnäytetön parissa tammikuussa 2016. Käytännössä teorian keräämisen aloitin vasta toukokuussa 2016. Teoriaosion kokoaminen valikoitui työn avainsanoilla hakien Googlen hakukonetta käyttäen. Tuloksina oli etenkin opinnäytetöitä, joiden teorialähteisiin perehdyin ja joita myös käytin työssäni. Lähteinä käytin sekä tuoretta että myös vanhempaa teoriaa, koska mielestäni esimerkiksi aggressiivisuus ja väkivalta eivät käsitteinä vanhene ja määritelmät ovat edelleen osuvia ja paikkansa pitävät. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin lokakuussa 2016.

Työn alussa suunnittelin haastattelevani useampaa, mutta lähdin oletuksesta, että kahdella kokeneella kouluttajalla on useampi kokemus kerrottavanaan joita voisin työssäni käyttää. Haastattelut tehtyäni koin ettei työhöni tarvitse haastatella useampaa henkilöä. Tarkoitukseni oli haastatella kouluttajia, jotka työskentelivät eri osa-alueilla haastavien asiakkaiden parissa. Tämä ei kuitenkaan aikataulullisesti onnistunut, joten päädyin haastattelemaan kouluttajia jotka työskentelivät samanlaisten potilaiden kanssa, mutta erilaisissa työympäristöissä. Haastattelut kerättiin helmikuussa ja litteroitiin maaliskuussa 2017. Analysoinnin aloitin huhtikuussa 2017.

Opinnäytetyöni liittyy henkilökohtaisiin ja arkoihin aiheisiin, kuten väkivallan ja sen uhan kohtaamiseen ja hallintaan. Haastavia asiakkaita kohdataan usein psykiatrian erikoisalalla, jolloin työn arkuus, asiakkaiden haavoittuvuus ja eettiset näkökulmat tuli ottaa huomioon tarkasti. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen. Haastatteluun liittyi usein MAPA®-kouluttajan lisäksi muitakin osapuolia, kuten asiakas ja muuta henkilökuntaa, joten oli oltava huolellinen siitä että sekä haastattelusta että haastatteluaineistosta ei voisi tunnistaa haastavaan tilanteeseen osallistuneita henkilöitä eikä tilanteiden tapahtumapaikkoja.

Pyrin tuomaan opinnäytetyöni tulokset esiin tarpeeksi laajasti, avoimesti ja selkeästi ja tulen kuvaamaan kuinka työ on edennyt. Tutkimuksen narratiivinen lähestymistapa on aineistolähtöistä, joten tutkijan on pyrittävä osoittamaan analyysinsä ja tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten luotettavuus. Se vaatii tutkijalta rohkeutta ja luovuutta sekä yhteistyötä työn ohjaajien kanssa. Lisäksi narratiivinen lähestymistapa itsessään vie aikaa, koska tulosten analy-

sointiin ei ole yksiselitteistä lähestymistapaa, tulosten käsittely on monivaiheista ja aineistoon joudutaan palaamaan usein. Sen etuna kuitenkin on tutkimuksen ainutlaatuiset, merkitykselliset tulokset ja kunnioitus osallistujille. (Janhonen & Nikkonen 2001, 104-105.)

Rehtiin ja laadukkaaseen tutkimuskäytäntöön kuuluu pyytää tutkittavalta lupa osallistua tutkimukseen. Tutkittavalle tulee kertoa oleellinen tieto tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Keskeisiä teemoja ovatkin tutkimuksen luottamuksellisuus ja anonymiteetti, eli on huolehdittava siitä, ettei tutkittavan henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusprosessin aikana on tärkeää miettiä, miksi juuri tätä aihetta tutkitaan ja että saadaanko käytetyn tutkimusmenetelmän avulla haluttu tieto. Lisäksi on muistettava myös analysoinnin ja raportoinnin yhteydessä tutkittavien intymiteettisuoja. Tutkimuksessa on tuotava esiin analyysiprosessin eteneminen ja kuinka tulokset on saatu, jolloin eettisten kysymysten huomiointi mahdollistuu. (Saaranen & Puusniekka 2006, 2.)

Haastattelussa tärkeää on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. Silloin on perusteltua antaa haastateltavalle etukäteen haastattelukysymykset tai sen aihe, jolloin haastateltava ehtii miettiä aihetta ennen tapahtumaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Kerroin haastateltaville kouluttajille etukäteen työstäni ja mitä työltäni haen. Näin heillä oli mahdollisuus miettiä etukäteen kokemuksia jotka vastaavat tutkimuskysymykseeni.

5.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet

Tämän opinnäytetyön tuotoksista ei voida olettaa suuremman joukon MAPA®-kouluttajien kokemusta päätöksenteosta haastavissa asiakastilanteissa, koska haastateltavia kouluttajia oli vain kaksi. Siksi jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimus, jossa haastatellaan suurempaa joukkoa kouluttajia, jolloin tulokset voisivat olla yleistettävissä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksen toteutumisesta fyysisten interventoiden aikana. Lisäksi voitaisiin tutkia koulutuksen vaikutusta etenkin somatiikan puolelle vuorovaikutuksen huomioimiseen. Opinnäytetyön tuotoksia eli kerättyjä kertomuksia voitaisiin käyttää myös osana MAPA®-koulutuksen vaikuttavuuden arviointia kehittämällä erilaisia tilannekuvauksia kouluttajien kertomuksista osaksi koulutusta.

Lähteet

- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Lehestö M., Koivunen O. & Jaakkola H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.
- Jolkkonen P. & Varjonen P. 2002. Miessakit Ry. Väkipalsta - tunteita, toimintaa ja vastatunteita. Helsinki: Edita Prima Oy.
- MAPA Kouluttajan työkirja 2015. PWKB0121, Crisis Prevention Institute. 15-17 Britannia Road, Manchester, United Kingdom. www.crisisprevention.com
- MAPA Osallistujan työkirja 2015. PWKB0121, Crisis Prevention Institute. 15-17 Britannia Road, Manchester, United Kingdom. www.crisisprevention.com
- Mäkisalo-Ropponen M. 2007. Tarinat työn tukena. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Piili M. 2009. Väkipalstan ennaltaehkäisy ja turvallinen hoito - perusteet. Hentinen I. & Mattila E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveyshyönteön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Rantaeskola S., Hyyti J., Kauppila J & Koskelainen M. 2014. Haastavat asiakastilanteet - Väkipalsta työssä. Viro: Print Best.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Weizmann-Helenius G. 1997. Väkipalstaisen ihmisen kohtaaminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Amnell G. 1992. Aggressio ja psyykkinen kasvu. Duodecim-julkaisut. Viitattu 17.10.2016. http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo20051&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=
- Crisis Prevention Insitute <https://www.crisisprevention.com/>
- Huttunen M. 2013. Intuitio lääkäriin työssä. Duodecim-julkaisut. Viitattu 16.10.2016. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11365.pdf>
- HUS. 2010. Turvallisuutta kaikkien parhaaksi - Toimintamalli työpaikkaväkipalstan ehkäisyyn ja kohtaamiseen. Viitattu 11.9.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Toimintaohjelmat%20ja%20ohjeet/Tyopaikkavakivalta.pdf>
- Koponen H. 2010. Muistisairausten käytösoireiden hoito. Muistisairaudet. Käypä Hoito-suositus. Viitattu 11.1.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix00524&suositusid=hoi50044>
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOT - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteiden tietoaarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_2.html Viitattu 25.4.2016.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOT - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteiden tietoaarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_1_2.html Viitattu 1.5.2016.

Työterveyslaitos. 2010. Hankalat asiakastilanteet. Viitattu 20.5.2016.
http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/hankalat/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2010. Väkivallan uhka. Viitattu 15.10.2016. http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/vakivalta/sivut/default.aspx

Työturvallisuuslaki. Viitattu 11.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006-verkkolehti. Viitattu 3.6.2016. <http://www.tieteessatapahu.fi/0306/viemero0306.pdf>

Safewards. Viitattu 11.1.2017. <http://www.safewards.net/fi/>

Suomen mapa®keskus. Viitattu 11.6.2016. <http://www.suomenmapakeskus.fi>

WHO. 2002. Krug. E., Dahlberg L., Mercy J., Zwi A. & Lozano R. (toim.) Väkivalta ja terveys maailmassa-raportti. Viitattu 9.5.2017.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/6/9529608993_fin.pdf

Willberg, Eeva. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Viitattu 20.4.2016. <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>